

Vanhustenhuoltoa ikääntyville vai ikääntyneille?

TAINA RINTALA

Talous- ja yhteiskuntapoliittista keskustelua on viime vuosina hallinnut kaksi toisiinsa kietoutuvaa teemaa: hyvinvointipalveluiden rahoituspohjan kestävyys ja väestön ikääntyminen. Miten turvataan nykyisten hyvinvointipalveluiden säilyminen tilanteessa, jossa valtiontalous on kääntymässä uudelleen alijäämäiseksi hitaan taloudellisen kasvun seurauksena ja työikäisen väestön määrä vähenee? (2000-luvun ..., 2004, 13.) Ratkaisua haetaan julkista taloutta vahvistavista toimenpiteistä, kuten työllisyysasteen nostamisesta ja julkisen sektorin tuottavuuden kehittämistä (Hallitusohjelma 24.6.2003).

Tavoite ihmisten työurien pidentämisestä 2–3 vuodella vaikuttaa vanhuuseläkkeellä olevien määrään vasta pidemmällä aikavälillä, mutta julkisen sektorin tuottavuuden kohottamistavoitteet muokkaavat nykyisten vanhuuseläkeikäisten elämää jo tällä hetkellä. Julkisen talouden rahoituspohjan vahvistaminen edellyttää julkisten menojen kasvuvauhdin rajoittamista ja palvelu- ja tulonsiirtojärjestelmien uudistamista (2000-luvun ..., 2004, 14). 2000-luvun alun talouspoliittiset linjat merkitsevät vanhuspolitiikan näkökulmasta kustannustietoisuuden lisääntymistä. Kuntien on kyettävä tuottamaan tai järjestämään nykyiset sosiaali- ja terveyspalvelut yhä suuremmalle määrälle vanhusväestöä, ja samaan aikaan niiden on pidettävä palveluista aiheutuvat kustannukset kurissa. Kuntien näkökulmasta on kuitenkin ristiriitaista, että samaan aikaan hallitus on ohjelmassaan linjannut sosiaali- ja terveyspolitiikan tavoitteet sellaisiksi, että vanhustenhuollon palvelumenojen hillitseminen on epärealistista.

Tavoitteet versus todellisuus

2000-luvun alkuvuosien sosiaalimenojen kasvu ei luo realistista pohjaa hallituksen tavoitteelle raja-

ta vanhuuteen liittyvien menojen kasvua. Sosiaalimenot ovat kasvaneet vuodesta 2001 lähtien ja kasvuvauhti näyttää olevan kiihtymässä. Vuodesta 2000 vuoteen 2001 sosiaalimenojen kasvuvauhti oli 2,5 prosenttia. Vuonna 2002 sosiaalimenojen kasvuvauhti lähes kaksinkertaistui (4,3 %). (Sosiaali- ja terveysmenot ..., 2002; Sosiaalimenot ..., 2004.)

Vanhuusmenot ovat olleet viimeksi kuluneiden runsaan 20 vuoden aikana suurin sosiaalimenoerä (Sosiaaliturvan ..., 2003). Vuonna 2002 sosiaalimenoista 32 prosenttia kohdistui vanhuuteen. Vanhuusmenoista valtaosa koostuu vanhuuseläkkeistä (Sosiaalimenot ..., 2004); palvelujen osuus vanhuusmenoista on pysynyt koko 1990-luvun noin 10 prosentissa. Todellisuudessa vanhuusmenot ja etenkin vanhuspalvelumenot ovat huomattavasti suuremmat, koska vanhuspalvelumenoihin lasketaan mukaan vain sosiaalitoimen järjestämät palvelut. Vanhuksille kohdennetut terveyspalvelut tilastoidaan kokonaisuudessaan sosiaalimenojen luokkaan "sairaus ja terveys". Luokkaa ei kuitenkaan luokitella ikäryhmittäin. Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelut 2002 -julkaisussa on karkeasti arvioiden laskettu, että vuonna 2001 vanhusten terveyskeskusten vuodeosastohoidon, somaattisen avohoidon, somaattisen erikoissairaanhoidon ja psykiatrisen vuodeosastohoidon kustannukset olivat noin 2 080 miljoonaa euroa. (Ikääntyneiden ..., 2003, 103–104.) Lisäksi sosiaali- ja terveysmenoja koskevat tilastot osoittavat, että viime vuosina sosiaalimenojen eri pääryhmistä ovat kasvaneet eniten sairauteen ja terveyteen sekä vanhuuteen liittyvät menot (Sosiaali- ja terveysmenot ..., 2002; Sosiaalimenot ..., 2003 & 2004).

Tulevaisuudessa vanhuusmenojen kasvu jatkuu. Tulonsiirtojen kasvu johtuu ensi sijassa vanhuuseläkeikäisten määrän kasvusta, (työ)eläkkeiden tason kohoamisesta ja eliniän odotteen kas-

vusta. Vanhuuseläkkeellä olevien määrän kasvuun ja eläkkeiden tasoon voidaan puuttua, mutta se merkitsee radikaalimpaa eläkevakuutusjärjestelmän uudistamista kuin viime vuosina on tehty. Eliniän odotteen kasvua voi taas pitää yhtenä hyvinvointivaltiomme tavoitteiden onnistumista kuvaavana mittarina. Harjoitetulla hyvinvointipoliitiikalla on kyetty kaventamaan suomalaisten terveyseroja. Suomalaisessa gerontologisessa keskustelussa ei ole kuitenkaan saavutettu yksimielisyyttä siitä, onko eliniän odotteen kasvu merkinnyt myös terveenä ja toimintakykyisenä eletyn ajan pidentymistä (esim. Karisto 1984; Arinen & al. 1998; Sihvonon 1998).

Riippumatta siitä, pidentääkö eliniän nousu myös toimintakykyisenä elettyä aikaa vai ei, vanhuuteen liittyvät sosiaali- ja terveyspalvelumenot kasvavat. Tarvitaan palveluja, joilla voidaan ehkäistä toimintakykyisten vanhusten omatoimisuuden ja riippumattomuuden heikentymistä. Toisaalta palveluita tarvitaan, jotta vanhuksille voidaan luoda mahdollisuudet viettää mielekästä ja mahdollisimman täysipainoista elämää huolimatta toimintakyvyssä tapahtuneista muutoksista.

Pyrkimys vahvistaa julkisen talouden rahoituspohjaa uudistamalla palvelu- ja tulonsiirtojärjestelmiä on tavoite, jolla suomalaisen hyvinvointivaltion tavoitteita ja toimintamuotoja muokataan vastaamaan paremmin nykyisiin ja tuleviin yhteiskunnallisiin haasteisiin. Tehtävä ei ole helppo. Esimerkiksi viime vuosien tulo- ja kannustineloukkukeskustelut havainnollistavat selkeästi toimintasektori kerrallaan rakennetun hyvinvointipalvelu- ja tulonsiirtojärjestelmämme heikkoudet (ks. esim. Parpo 2004). Muutokset järjestelmän yhdessä osassa vaikuttavat myös järjestelmän muihin osiin. Lisäksi muutokset koskettavat sekä eri väestöryhmiä että myös samaan väestöryhmään kuuluvia ihmisiä eri lailla. Järjestelmää on vaikea uudistaa, koska se merkitsee useimmiten jonkin väestöryhmän etuuksien heikentämistä. Poliittisesti merkittäviä reformeja ei uskalleta tehdä, vaan järjestelmää hienosäädetään ja lakisääteisten palvelujen määrää lisätään. Poliitikkojen puhe hyvinvointivaltiota ja sen tavoitteista, tasa-arvosta ja sosiaalisesta oikeudenmukaisuudesta, on pysynyt lähes 60 vuotta ennallaan, vaikka yhteiskunta on muuttunut melkoisesti. Poliittisen tason hyvinvointiretoriikka on etääntymässä todellisuudesta.

Kun vanhustenhuollon sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän rakentumishistorian kautta tarkastelee voimassa olevassa hallitusohjelmassa esi-

tettyjä sosiaali- ja terveyspalveluita koskevia tavoitteita ja valtiovarainministeriön esittämää julkisten menojen kasvuvauhdin hidastamistavoitetta (2000-luvun ..., 2004), voi niiden välillä nähdä selkeän ristiriidan. Vanhustenhuollon palvelujärjestelmän muodostumishistoria viittaa siihen, että vanhuusmenojen kasvu ei hidastu, vaan hallitusohjelman linjaukset pikemminkin lisäävät sekä sairauteen ja terveyteen että vanhuuteen liittyviä menoeriä. Perustan käsitykseni vanhuskuvia ja vanhustenhuollon muotoutumista tarkastelevaan väitöskirjaani (Rintala 2003), joka perustuu vanhustenhuoltoa käsitteleviin poliittisiin asiakirjoihin, kuten komiteanmietintöihin, lakeihin, asetuksiin ja hallituksen esityksiin vuosilta 1852–1997.

Terveysnäkökulman korostaminen edistää medikalisaatiota

Matti Vanhasen hallitusohjelmassa (24.6.2003) korostetaan terveyden näkökulman vahvistamista yhteiskunnallisessa päätöksenteossa ja toiminnassa. Vanhustenhuollossa terveysnäkökulman korostaminen on edistänyt vanhuuden lääketieteellistämistä. Vanhustenhuollossa terveyden merkitystä korostettiin ensimmäisen kerran köyhähoidon aikakaudella (1923–1957), kun politiikka-asiakirjoissa lääketieteellistä retoriikkaa käytettiin välineenä perusteltaessa, miksi julkisen vallan tuli ratkaista asumiseen liittyviä tarpeita. Asumisahtaus ja asunnon huono kunto nähtiin riskitekijöiksi vanhan ihmisen terveydelle ja tätä kautta omatoimisuuden menettämiselle.

Yhteiskunnallisen huollon aikakautena (1957–1972) vanhuuden lääketieteellistäminen perustui Maailman terveysjärjestön esittämään laajaan terveysmääritelmään ja terveyden käsitteellistämiseen hyvinvoinnin kautta. Poliittikka-asiakirjoissa terveys määrittyi normiksi; jokaisella vanhuksella katsottiin olevan siihen oikeus ja julkisella vallalla velvollisuus taata tämä (Rintala 2003, 191).

Yhteiskunnallisen huollon aikakautena myös terveyspolitiikassa painopiste siirtyi sairaalahoidosta avosairaanhoidon kehittämiseen ja terveydenhuollossa sairauksien parantamisesta sairauksien ehkäisemiseen (Rintala 2003, 192). Vanhustenhuollossa uudenlaisia terveyspoliittisia linjauksia käytettiin perusteltaessa muun muassa vanhusten avopalveluiden ja sosiaali- ja tervey-

denhuollon yhteistyön lisäämistä. Riittämättömien kotona asumista tukevien palveluiden katsottiin ehkäisevän avosairaanhoidon kehittämistä ja sairaalakustannusten hillitsemistä. Ehkäisevän terveyspolitiikan edistäminen puolestaan edellytti, että vanhukset hakeutuivat palveluiden piiriin. Kalliin laitoshoidon tarpeen tulkittiin kasvavan, koska vanhuksat tulivat palveluiden piiriin liian myöhään. Terveystenhuollossa ongelma ratkaistiin 1960-luvun alussa palvelujen käyttöä lisäävällä taloudellisella tuella (sairausvakuutusjärjestelmä) ja 1970-luvun alussa palvelujen tarjontaan vaikuttavalla kansanterveyslailla. Sosiaalihuollossa kaikille vanhuksille tarjottiin taloudellisesta asemasta tai toimintakyvystä riippumatta samoja palveluja (sosiaalipalvelut). (Rintala 2003, 192–193.)

Läketieteen laajenemisen ajanjaksoa (1972–1984) luonnehti pyrkimys muodostaa aikaisempaa myönteisempi kuva vanhenemisestä ja vanhuudesta (Vanhustenhuolto ..., 1978; Vanhenemistä ..., 1983, 60). Usko läketieteen mahdollisuuksiin oli korostuneesti esillä. Vanhustenhuollossa uskottiin, että läketieteellisillä menetelmillä voidaan muuttaa vanhojen ihmisten elämäntapoja (käyttäytymistä) terveellisempään suuntaan. Vanhuuden medikalisointia edisti myös ajatus siitä, että elämäntapa vaikuttaa yksilön terveydentilaan (Vanhustyön ..., 1981, 13–14). Lääkinnällisen retoriikan ja argumentoinnin merkitys kasvoi myös uudenlaisten avuntarpeiden esille nostamisessa. Jokaisen tekijän, jonka tiedettiin heikentävän ihmisen omatoimista suoriutumista ja lisäävän hänen palvelutarvettaan, katsottiin vaativan lääkinällisiä toimenpiteitä. (Rintala 2003, 194.) Muun muassa yksinäisyys, turvattomuus ja mielekkään tekemisen puute määriteltiin tekijöiksi, jotka saattavat johtaa mielenterveysongelmiin (Vanhenemistä ..., 1983, 72).

Palveluiden ajanjaksona, 1980-luvun puolivälistä 1990-luvun loppupuolelle asti, usko läketieteen mahdollisuuksiin oli vanhustenhuollossa edelleen voimakas: vanhenemismuutosten aiheuttamat haitat miellettiin korjattaviksi tai lievennettäviksi (Rintala 2003, 153). Ehkäisevän sosiaali- ja terveyspolitiikan rinnalle nousi terveyttä ja hyvinvointia edistävä sosiaali- ja terveyspolitiikka. Ajateltiin, että vaikka yksilön toimintakykyä rajoittavia tekijöitä ei voida poistaa, hänelle pyritään luomaan mahdollisuudet mielekkäseen elämään (Vanhuspolitiikkaa ..., 1996, 93). Kyse ei ollut enää vanhojen ihmisten elintapojen muuttamisesta, vaan pikemminkin elämänlaadun

parantamisesta (Ruikka & al. 1992, 80). Medikalisaatiota edisti myös käsitys siitä, että vaikka vanhenemistä ei voida estää, voidaan elintoimintojen toimivuutta parantaa (esim. Heikkinen & Suutama 1992, 10; Alén & al. 1997, 63). Vanhan ihmisen voidaan katsoa tarvitsevan lääkinnällistä kuntoutusta kaikissa toiminnoissa, joista hän ei kykene suoriutumaan kuten ennen (ks. Rintala 2003, 153). Vanhenemisestä sinänsä on muodostunut riskitekijä yksilöiden terveyden ja toimintakyvyn säilymiselle.

Avohuoltopainottuneisuus lisää sekä avuntarpeita että hyvinvointipoliittisia tavoitteita

Hallitusohjelmassa ensisijaiseksi vanhustenhuollon tavoitteeksi asetettu kotona asumisen tukeminen ei ole uusi. Se on ollut vanhuspolitiikan tavoitteena jo 30 viime vuoden ajan (esim. Vanhustenhuoltotoimikunnan ..., 1974, 83). Avohuoltopainottuneisuuden korostaminen on lisännyt vanhojen ihmisten avuntarvetta. Avuntarpeissa asuminen, huolenpito, osallistuminen ja palveluita koskevat ongelma-alueet ovat nivoutuneet entistä tiiviimmin yhteen. Kotona asumista estäviksi tekijöiksi on määritelty asunnon huono kunto, puutteellinen varustetaso, asunnon vuokra ja sijainti (palvelut puuttuvat tai niitä on riittämättömästi), huolenpitäjän puuttuminen (yksin asuminen, ei hoitovastuun ottajaa), vanhuksen heikko tai heikentynyt toimintakyky, yksinäisyys (sosiaalisten vuorovaikutussuhteiden puute) ja turvattomuus. Lisäksi lähes sadan vuoden hiljaiselon jälkeen 1990-luvun loppupuolella nousi uudelleen esille myös suojelun tarve. (Rintala 2003.) Tulokset viittaavat myös siihen, että eliniän pidentyessä ja yksilöllisyyden korostuessa kotona asumiseen liittyvien avuntarpeiden kirjo todennäköisesti jatkaa kasvuaan.

Avohuoltopainottuneisuus on näkynyt vanhustenhuollossa myös tavoitteiden laajenemisena. Auttamisen tai tukemisen lisäksi palveluilla myös ehkäistään, ylläpidetään, edistetään, lievitetään, kuntoutetaan ja aktivoidaan vanhuksia. Vanhustenhuollossa on siirrytty sairauksien tai toimintakyvyn hoidosta hoitamaan vanhan ihmisen koko elämää (Rintala 2003, 195).

Tavoitteiden laajentaminen on edellyttänyt uudenlaisten palvelujen muodostamista. Kodinhoitoavun rinnalle on kehitetty tukipalveluja,

vanhustentalojen rinnalle on rakennettu palvelutalojärjestelmä palvelukeskuksineen ja laitoshoidon on muokattu avohuoltoa tukeväksi palvelumuodoksi (vanhainkoteihin päiväkeskuksia ja terveyskeskuksiin päiväsaaraloita). Omaishoidon tuella on pyritty ensin vähentämään laitoshuollon tarvetta, mutta tätä nykyä sillä pyritään vastaamaan myös hoitajana toimivan ihmisen fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin tarpeisiin. (Rintala 2003, 206–207.)

Kotona asumisen korostaminen on laajentanut myös avuntarvitsijoiden piiriä. Kun köyhäinhoiton aikakautena avuntarvitsijoiksi tulkittiin köyhät, maksukykyiset sekä toimintakyvyltään ja terveydentilaltaan heikentyneet vanhukset, niin yhteiskunnallisen huollon ajanjaksona avuntarvitsijoiden piiri laajeni käsittämään myös yksin asuvat ja potentiaaliset avuntarvitsijat. Lääketieteen laajenemisen aikakaudella avuntarvitsijoiden piiriin sisällytettiin myös toimintakykyiset ja varakkaat vanhukset, ja palveluiden aikakaudella (1984–1997) avuntarvitsijoiksi määrittyivät taloudellisesta asemasta, terveydentilasta ja toimintakyvystä riippumatta kaikki vanhukset. (Rintala 2003, 202.)

Vanhustenhuollon muokkautumishistorian valossa näyttää siis siltä, että kotona asumisen korostaminen ei vähennä julkisia vanhusmenoja, vaan lisää niitä. Sen sijaan muut vanhuspoliittiset tavoitteet, kuten omatoimisuuden ylläpito (aktiivointi ja ehkäisy), yksilöiden vastuu omasta elämästään ja käyttäytymisestään (itseään säilyttämisen säilyminen) ja yksilöiden tarpeiden huomioon ottaminen (asiakaslähtöisyys), näyttäisivät toteutuvan paremmin.

Henkilöstömäärän kasvu lisää menoja

Avohuollon korostamisen lisäksi vanhustenhuollon menoja kasvattaa myös hallitusohjelmassa ilmaistu tavoite lisätä koulutetun hoitohenkilöstön määrää vanhusten laitoshuoltoon ja kotipalveluun. Kansallisen sosiaalialan kehittämisprojektin selvityshenkilöt arvioivat vanhustenhuollon henkilöstövajeen olevan noin 4 500 työntekijää (Heikkilä & al. 2003).

Hallitusohjelmassa vanhustenhuollon henkilöstölisäyksillä tavoitellaan ikäihmisten hoidosta annetun laatusuosituksen edellyttämää tasoa, joka suosituksessa esitetyissä esimerkikunnissa muun muassa kotisairaanhoidon osalta on jo saa-

vutettu (Ikäihmisten ..., 2001, 23). Ongelmallista on kuitenkin se, ettei laatusuosituksessa eikä myöskään hallitusohjelmassa määritellä tarkemmin, minkälaisen koulutuksen omaavien henkilöiden määrää esimerkiksi kotipalveluihin tulisi lisätä. Päätöksellä on merkitystä, koska se vaikuttaa sekä palkkatasoon että kotipalvelujen henkilöstörakenteeseen. Terveystieteiden henkilöstön lisääminen voimistaa lääkinnällistä ajattelutapaa ja edistää siten kotipalveluiden medikalisoitumista. Henkilöstölisäysten ammattiryhmittäinen kohdentaminen ilmentää myös sitä, millaisina vanhuus ja vanheneminen nähdään. Näemmekö vanhojen ihmisten heikentyneen toimintakyvyn hoitoa vaativana "sairautena" vai arkipäiväisistä askeleista suoriutumista rajoittavana tekijänä?

Avohuollon ja terveyden merkityksen korostaminen, kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhteistyön tiivistyminen kotihoitoksi sekä tulokset siitä, että kotona hoidetaan entistä heikkokuntoisempia vanhuksia (esim. Vaarama & al. 2002), viittaavat siihen, että kotipalvelussa terveydenhuoltohenkilöstön määrä kasvaa.

Kääntyykö hyvinvointipoliittinen retoriikka itseään vastaan?

Poliittiset päättäjät ovat 2000-luvulla uudenaisten haasteiden edessä. Miten hidastaa vanhusmenojen kasvuvauhtia tilanteessa, jossa väestön ikääntyminen ja iäkkäämmän vanhusväestön osuuden kasvu lisäävät palvelujen kysyntää, mutta perinteisestä hyvinvointivalttiollisesta retoriikasta ei haluta luopua? Jos vanhustenhuoltoon ei lisätä taloudellisia resursseja kysyntää vastaavasti, vanhusväestön sisäinen tasa-arvo palveluiden saannissa on uhattuna. Tutkimustulokset viittaavatkin siihen, että käytännön vanhustyössä epätasa-arvo on jo todellisuutta. Kunnissa kotihoito kohdentuu entistä selvemmin 75–84-vuotiaille, fyysisesti heikkokuntoisille ja apua ympärivuorokautisesti, jatkuvasti ja säännöllisesti tarvitseville vanhuksille (esim. Kauppinen 1998; Noro & al. 2002; Vaarama & al. 2002). Vastaavasti kotiin annettavia palveluja on vähennetty eniten niiltä vanhuksilta, jotka on määritelty täysin tai lähes omatoimisiksi tai ajoittain hoitoa tarvitseviksi (ks. Vaarama & al. 2000, 81 & 2002, 84–88).

Toisaalta, jos vanhuspolitiikassa pitäydytään perinteisessä hyvinvointipoliittisessa retoriikassa, vaikka toimintaympäristö muuttuu, merkitsee tä-

mä sitä, että valtakunnan tason poliittiset päättäjät pikemminkin edistävät puhunnallaan vanhusmenojen kasvua kuin hillitsevät sitä. Esimerkiksi nykyisessä hallitusohjelmassa ilmaistu sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite on pysynyt viimeksi kuluneiden 20 vuoden aikana lähes samana: turvata väestön tarpeista lähtevän hoidon saatavuus, laatu ja riittävä määrä maan eri osissa (Hallitusohjelma 24.6.2003). Tavoite saattaa luoda vanhuuseläkeikäisille odotuksia siitä, että tarvitessaan palveluja he myös saavat niitä. Jos näin ei tapahdukaan, voi tämä heikentää heidän psyykkistä hyvinvointiaan ja elämänlaatuaan ja tätä kautta lisätä palvelujen tarvetta (ks. Rintala 2003, 134, 156).

Hyvinvointipoliittisesta retoriikasta luopuminen on hankalaa, koska ainakin vanhuspolitiikassa retoriikkaa on käytetty välineenä, jolla käsitystä vanhuudesta ja vanhenemisesta on pyritty muokkaamaan myönteisemmäksi. Tämä on kuitenkin johtanut siihen, että vanhustenhuollon palvelujärjestelmää on kehitetty myös muiden kuin vanhuuseläkeikäisten tarpeisiin. Samalla kronologisen iän merkitys vanhustenhuollon palveluihin oikeuttavana määrittelijänä on hämärtynyt (Rintala 2003). Kun leimaavaksi tulkittua vanhus-käsitettä yritetään korvata myönteisiä mielleyhtymiä sisältävillä käsitteillä, kuten seniorikansalaiset, ikäihmiset tai ikääntyvät, voi tämä johtaa tahattomiin seurauksiin. Nykyisessä hallitusohjelmassa tämä näkyy siinä, että vanhustenhuollon ensisijaiseksi tavoitteeksi määritellään ikääntyneiden sijasta *ikäääntyvien* toimintakyvyn ja omatoimisuuden edistäminen (Hallitusohjelma 24.6.2003). Tässä saattaa olla kysymys ohjelman kirjoittajille sattuneesta käsitesekaannuksesta tai hallituksen uudenlaisesta vanhuspoliittisesta linjauksesta. Jos kysymys ei ole käsitesekaannuksesta, niin silloin uudenlainen linjaus merkitsee sitä, että vanhustenhuollon palvelujärjestelmän ratkaistaviksi annettujen avuntarpeiden määrä lisääntyy ja vanhuspalveluihin oikeuttavien piiri laajenee myös henkilöihin, jotka eivät ole vielä saavuttaneet kansaneläkelain määrittelemää vanhuuseläkeikää. Sen sijaan, että poliittiset päätöksentekijät nostaisivat vanhusten palveluihin oikeuttavien alaikäraja 65 ikävuodesta 70 tai 75 ikävuoteen, he päinvastoin laskevat sitä. Miksi?

Vanhustenhuollon palvelujärjestelmän historian valossa vanhustenhuollon avuntarvitsijoiden piiriin laajentaminen on ymmärrettävissä. Van-

husmenojen kasvun hidastaminen vaatii, että ikääntyvien ihmisten palvelujen tarvetta voidaan siirtää mahdollisimman myöhäiseen vaiheeseen. Tämä kuitenkin edellyttää, että toimintakyvyssä tapahtuviin muutoksiin voidaan puuttua mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja että ihmiset hakeutuvat omatoimisesti palvelujen piiriin. Vanhustenhuollon menojen kasvuvauhdin hidastamisen näkökulmasta dilemma onkin siinä, että vanhustenhuollon menojen hillitseminen edellyttää ehkäiseviä ja edistäviä sosiaali- ja terveyspoliittisia toimenpiteitä, jotka osaltaan kuitenkin lisäävät myös menoja. Menojen hillitsemistä ehkäisee myös se, että vanhuspolitiikassa korostetaan yksilöiden oikeutta saada laadukkaita ja heidän yksilölliset tarpeensa huomioon ottavia palveluja, mutta vähemmän kiinnitetään huomiota siihen, mistä saadaan näiden edellyttämät taloudelliset resurssit. Lisäksi vanhenemista ja vanhuutta koskevat tutkimukset nostavat esille uudenlaisia tarpeita, joihin julkisen vallan edellytetään vastaavan.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän näkökulmasta vanhustenhuollon menojen kasvu näyttää vääjäämättömältä, jos järjestelmän kehittämistä jatketaan entisenlaisena. Palvelumenojen kasvua voidaan hillitä, mutta se edellyttää uudenlaista keskustelua. Ensinnäkin on pohdittava, kenelle vanhuspalvelut on tarkoitettu (ikäääntyneille vai ikääntyville). Jos palveluja kohdennetaan myös *ikäääntyville*, niin eikö silloin pitäisi muuttaa myös vanhuspolitiikan käsitettä? Toiseksi: mitkä vanhustenhuollon hoito- ja huolenpitopalveluista ovat sellaisia välttämättömiä peruspalveluita, joita ilman ihminen ei kykene tulemaan toimeen? Voidaanko olemassa olevaa palveluvalikoimaa supistaa? Kolmanneksi: olisiko aika pohtia hieman tarkemmin, ovatko vanhojen ihmisten avuntarpeet kaikki sellaisia, jotka kuuluvat julkisen vallan ratkaistaviksi? Olisiko vanhuspolitiikassa aika alkaa keskustella yksilöiden sosiaalisten oikeuksien sijasta yksilöiden velvollisuuksista? Neljänneksi: pitäisikö vanhuspolitiikan päättäjiltä, tutkijoilta ja kehittäjiltä edellyttää uusien tavoitteiden ja palvelumuotojen säätämisen ja esiin nostamisen ohella myös ns. taloussuunnitelmaa siitä, miten kyseiset uudistukset rahoitetaan? Vanhuspolitiikkaa voidaan muokata vastaamaan nykypäivää, mutta se edellyttää arvo- ja ideologia-keskustelun ohella myös realistisempaa käsitystä siitä, mihin kaikkeen julkiset verovarot riittävät.

KIRJALLISUUS

- ALÉN, MARKKU & KUKKONEN-HARJULA, KATRIINA & KALLINEN, MAURI: Ikääntyvien terveyden ja toimintakyvyn arviointi sekä liikuntaneuvonnan periaatteet. S. 63–76. Teoksessa: Era, Pertti (toim.): Ikääntyminen ja liikunta. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja nro 108. Jyväskylä 1997.
- ARINEN, SISO & HÄKKINEN, UNTO & KLAUKKA, TIMO & KLAVUS, JAN & LEHTONEN, RISTO & ARO, SEPPO: Suomalaisten terveys ja terveyspalvelusten käyttö. Terveystieteiden tutkimuksen 1995/96 päätulokset ja muutokset vuodesta 1987. SVT, Terveys 1998: 5. Helsinki: Stakes & Kela, 1998
- HALLITUSOHJELMA 24.6.2003. <http://www.valtioneuvosto.fi>
- HEIKKILÄ, MATTI & KAAKINEN, JUHA & KORPELAINEEN, NIINA: Kansallinen sosiaalialan kehittämisprojekti: Selvityshenkilöiden loppuraportti. Työryhmämuistioita 2003: 11. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2003. <http://pre20031103.stm.fi/Suomi/pao/julkaisu/paosisallys203.htm>
- HEIKKINEN, RIITTA-LIISA & SUUTAMA, TIMO: Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn ja terveyden arviointi. Ikivihreät-projekti, osa II. Julkaisuja 1991: 10. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Kehittämisosasto, 1992
- IKÄIHMIEN HOITOA JA PALVELUJA KOSKEVA LAATU-SUOSITUS. Oppaita 2001: 4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2001
- IKÄÄNTYNEIDEN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUT 2002. SVT, Sosiaaliturva 2003: 1. Helsinki: Stakes, 2003
- KARISTO, ANTTI: Hyvinvointi ja sairauden ongelma. Suomea ja muita Pohjoismaita vertaileva tutkimus sairastavuuden väestöryhmittäisistä eroista ja sairaudesta hyvinvoinnin vajeena. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M:46. Helsinki: Kela, 1984
- KAUPPINEN, SARI: Kotihoito 1997. Tilastoraportti 32. Helsinki: Stakes, 1998
- NORO, ANJA & HÄKKINEN, UNTO & ARINEN, SISO: Ikääntyvien suomalaisten terveys, toimintakyky ja sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö vuonna 1996. Tutkimuksia laitoksissa ja kotona asuvasta väestöstä. SVT, Terveys 2000: 2. Helsinki: Stakes & Kela, 2000
- PARPO, ANTTI: Kannustavuutta tulonsiirtojärjestelmään: tulonsiirtojärjestelmän muutokset, kannustinloukut ja tulonjako. Tutkimuksia 140. Helsinki: Stakes, 2004
- RINTALA, TAINA: Vanhuskuvat ja vanhustenhuollon muotoutuminen 1850-luvulta 1990-luvulle. Tutkimuksia 132. Helsinki: Stakes, 2003
- RUUKKA, ILMARI & SOURANDER, LEIF & TILVIS, REIJO: Vanheneminen ja sairaudet. Sairaanhoidajien koulutussäätiön julkaisu. Helsinki: WSOY, 1992
- SIHVONEN, ARI-PEKKA: Miesten ja naisten elämäntaari ja terveet elinvuodet. S. 186–201. Teoksessa: Rahkonen, Ossi & Lahelma, Eero (toim.): Elämäntaari ja terveys. Tampere: Tammer-paino Oy, 1998
- SOSIAALI- JA TERVEYSMENOT JA RAHOITUS SUOMESSA 2000. Tiedonantajapalautte 4/2002. Helsinki: Stakes, 2002
- SOSIAALIMENOT JA NIIDEN RAHOITUS VUONNA 2001. Tilastotiedote 2/2003. Helsinki: Stakes, 2003
- SOSIAALIMENOT JA NIIDEN RAHOITUS VUONNA 2002. Tilastotiedote 8/2004. Helsinki: Stakes, 2004. <http://www.stakes.info/2/14/index.asp>
- SOSIAALITURVAN SUUNTA 2003. Julkaisuja 2003: 6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2003
- VAARAMA, MARJA & HAKKARAINEN, ANNI & VOUTILAINEN, PÄIVI & PÄIVÄRINTA, EEEVA: Vanhusten palvelut. S. 75–98. Teoksessa: Uusitalo, Hannu & Parpo, Antti & Hakkarainen, Anni (toim.): Sosiaalihuollon palvelukatsaus. Raportteja 250. Helsinki: Stakes, 2000
- VAARAMA, MARJA & VOUTILAINEN, PÄIVI & KAUPPINEN, SARI: Ikääntyneiden palvelut. S. 76–105. Teoksessa: Heikkilä, Matti & Parpo, Antti (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2002. Raportteja 268. Helsinki: Stakes, 2002
- VANHENEMISTA KÄSITTELEVÄN YK:N MAAILMANKONFERENSSIN SUOMEN TOIMIKUNNAN MIETINTÖ. Komiteamietintö 1983: 5. Helsinki 1983
- VANHUSPOLITIIKKAA VUOTEEN 2001. Suomen vanhuspoliittisen tavoite- ja strategiatoimikunnan mietintö. Komiteamietintö 1996: 1. Helsinki 1996
- VANHUSTENHUOLTO JA SEN KEHITTÄMINEN. Yleiskirje n:o A8/1978. Helsinki: Sosiaalivaltio, 1978
- VANHUSTENHUOLTOTOIMIKUNNAN MIETINTÖ. Komiteamietintö 1974: 1. Helsinki 1974
- VANHUSTYÖN KOULUTUSTYÖRYHMÄN MIETINTÖ. Komiteamietintö 1981: 71. Helsinki 1981
- 2000-LUVUN KASVUPOLITIIKAN HAASTEET. Miten Suomi selviää ikääntymisestä ja kansainvälisen kilpailun kiristymisestä? Julkaisuja 1. Helsinki: Valtiovarainministeriö, Kansantalousosasto, 2004. <http://www.valtioneuvosto.fi/tiedostot/pdf/fi/85972.pdf>